

EMOÇÕES QUE CARREIAM MORTE

Prof^a Dr^a Dalva de Andrade Monteiro
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Departamento de Saúde/Colegiado de Medicina
Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC)

RESUMO

Do ponto de vista da psiquiatria, as emoções de sofrimento têm sido estudadas como um funcionamento individual que aponta uma falha, uma fragilidade no enfrentamento das vicissitudes do existir, chegando ao extremo da alienação, de viver em situações sem a expectativa de solução ou de atenuações dos conflitos entre a parte com o todo; a essência com a aparência; o indivíduo contra a sociedade e a consciência contra a objetividade.

No final do Século XIX, quando Durkheim, em 1897, publicou o resultado de um estudo sistematizado sobre os suicídios ocorridos em várias regiões da Europa, entre 1841 a 1880, ele mostrou que o suicídio não é um fato psicológico pessoal, mas um fato social. Essas emoções que doem demais apresentam algumas peculiaridades no que tange aos aspectos de gênero, faixa etária e situação sócio-econômica, haja vista que, em geral, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para uma maior prevalência na camada social de baixa renda.

De todos os sofrimentos psíquicos o que tem levado maior quantidade de pessoas para o fundo do poço é a depressão. Em todo mundo, os transtornos depressivos diagnosticados, em suas várias intensidades e manifestações, são a quarta causa de morbidade e incapacitação, atingem 121 milhões de pessoas, sem contar os que nunca foram ou vão ser diagnosticados. Segundo a OMS, até 2020, a depressão será a segunda causa de adoecimento no mundo, perdendo apenas para as doenças cárdio-vasculares. Ganhando contornos de epidemia, só na América Latina e Caribe há 24 milhões de pessoas deprimidas, cujos sintomas, geralmente iniciam dentre 15-24 anos, numa freqüência de 2 mulheres para cada homem e apenas um em cada quatro depressivos procura ajuda.

Freud descreveu como um "... desânimo profundamente penoso, a cessação do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima apto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de auto-punição. Daí porque o suicídio, em boa parte das vezes, vem ser uma saída suportável para o redemoinho de emoções dolorosamente negativas.

Apesar de todas as guerras e da violência urbana, o que mais mata no mundo hoje é o suicídio. A supremacia dos suicídios em relação aos crimes e guerras revela o mal-estar ético e moral da modernidade, haja vista que a maior freqüência dos suicídios ocorre no hemisfério norte, onde a 'cultura costuma ser considerada como a mais avançada e a mais desejável do mundo ocidental.'

Está claro que não se pode perder de vista os interesses econômicos que transformam a depressão em epidemia tratável e rentável. Se há blísteres de Ritalina (metifenidato) para cada criança diagnosticada com hiperatividade e déficit de atenção, para os adultos depressivos há o Prozac (fluoxetina) em caixas. A comercialização desse psicofármaco no Brasil, que já foi denominada de "a pílula da felicidade" atingiu a considerável taxa de 22% de crescimento em 2010, significando um movimento de 320 milhões de dólares em um único ano.

Desde a década de setenta do Século XX, Foucault e outros críticos lançaram o foco sobre o grande lucro que as indústrias farmacêuticas auferem no processo de medicalização da sociedade. Há que se observar e discutir que, além de se cauterizarem as emoções, esvaziam-se as possibilidades de se

conhecer o indivíduo em seu tempo e na sua sociedade através de suas emoções, ainda que, mesmo sendo tão insuportáveis, elas carreguem a morte voluntária

INTRODUÇÃO

As dores de cunho moral e psíquica-emocionais sempre foram campo de teorização e intervenção dos filósofos, dos teólogos e dos médicos. Sob a regência do pragmatismo e da resolução imediata ou com o dispêndio de menos tempo possível, o campo da saúde, em seu recorte biomédico, tem sido a via de acesso facilitada, quando não se torna a única tentativa. Pesquisadores do campo da Sociologia da Saúde e da Antropologia da Saúde (Young, 1982; Mercer, 1985; Spink, 1992), fontes da Psiquiatria Etno-Cultural, apontam uma estreita relação entre a freqüência do sofrimento psíquico-emocional e aos aspectos relacionados ao gênero, à faixa etária à etnia/raça à cultura e à situação sócio-econômica (Fanon, 1979; Kleinman, 1986; Kirmayer; Trang Dao; Smith, 1988;1995).

Nas décadas de cinquenta e sessenta do século passado, há relatos de problemas de ajustamento cultural - tais como ansiedade, tristeza, insegurança, alcoolismo e sintomas psicossomáticos - de índios e camponeses peruanos à vida na cidade de Lima (Almeida Filho, 2001). A explicação mais aceita é que foram causados por experiências de desenraizamento, desorientação e desapontamento no processo de urbanização, também rotulada como a *síndrome de desadaptação*.

Estudos multicêntricos de cunho metodológico quali-quantitativo apontam algumas peculiaridades que facilitam recortes e interpretações variadas (Minayo, 2005). As emoções dolorosas que comprometem a qualidade e de vida e de relação das pessoas são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para uma maior prevalência na camada social de baixa renda, principalmente nas concentrações urbanas, com péssimas condições sociais de moradia e trabalho e elevadas taxas de mortalidade (Mari & Jorge, 2000; OMS, 2001).

São manifestações não transmissíveis, de longo e lento período de latência; curso de duração assintomático, sub-clínico ou manifesto, prolongado, permanente, com alternância de remissões e exacerbações; evoluindo para diferentes graus de comprometimento, incapacidade ou morte; sofrendo a interação etiológica de várias causas conhecidas e desconhecidas (Rouquayrol; Almeida Filho, 2003). Do ponto de vista da psiquiatria, esses sofrimentos têm sido considerados como um funcionamento individual que aponta uma falha, uma fragilidade no enfrentamento das vicissitudes do existir, chegando ao extremo da alienação, de viver em situações sem a expectativa de solução ou de atenuações dos conflitos entre a parte com o todo; a essência com a aparência; o indivíduo contra a sociedade e a consciência contra a objetividade segundo entendimento dos mesmos autores.

Tem sido enfrentado e estudado em todo mundo categorizado quanto à intensidade e frequência na população mundial dada a sua magnitude e transcendência (OMS, 2001). Em não havendo uma remissão espontânea, e havendo uma intensa carga de sofrimento, as indicações terapêuticas seriam a elaboração psíquica e re-subjetivação da experiência num processo psicoterápico individual ou em grupo e o uso de psicofármacos nos casos extremos. Dada o poder econômico das indústrias farmacêuticas e do saber médico, não necessariamente nesta ordem.

A complexidade do problema é revelada no fato de que, além de atingir uma extensa faixa etária, que vai de crianças aos idosos, os estudos apontam hábitos e estilos de vida, bem como as questões sócio-econômico e culturais como fatores implicados na eclosão e manutenção do sofrimento mental (Almeida Filho, 2001; Mari & Jorge, 2007). Segundo a OMS (2001), esses sofrimentos colaboram com cinco das dez maiores causas de incapacidade e anos perdidos de vida produtiva entre todas as doenças incapacitantes. Além disso, eles representam 12% de todas as doenças existentes, atingindo uma média de 450 milhões de pessoas no mundo.

Enquanto que a média em outros países é de que 20% das pessoas apresentarão algum tipo de sofrimento mental, no Brasil este índice atinge a marca que varia de 30% a 41,3%, no decorrer do

tempo de vida, segundo projeções, a partir de resultados de um único estudo epidemiológico multicêntrico, realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, em 1992 (Mari & Jorge, 2007). Os índices da OMS/OPAS, utilizados para se formular políticas públicas em saúde, indicam que, dos 20% da população mundial que necessitarão de cuidado multiprofissional e específico em alguma época de suas existências, 3% delas terão distúrbios graves e 1% podem ser categorizados como gravíssimos.

ALGUMAS EMOÇÕES QUE DOEM DEMAIS

Desde a década de noventa do século passado, entre crianças e adolescentes, há relatos de experiências que podem ser analisadas como uma das dores que doem demais. É o caso do *bullying*, um fenômeno complexo, seja como sofrimento mental ou como sociopatia, com dimensões internacionais, que se caracteriza por atos anti-sociais “repetidos de opressão, discriminação, tirania e agressão de pessoas ou grupos, sobre pessoas ou grupos, subjugadas pela força dos primeiros” (Brasil, 2007, p. 118).

Tem se analisado que tantos os alvos (vítimas) como os autores (algozes) são vítimas dos laços familiares e sociais fragilizados e esgarçados., seja pela violência doméstica, pelo individualismo, competitividade, supervalorização dos bens materiais e desvalorização dos valores éticos e morais, característicos do mundo hodierno (Brasil, 2007). Entre os autores se encontram jovens de comportamentos violentos e, por vezes em conflito com a lei (por atos criminosos, porte de armas, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas); entre os alvos estão os alunos isolados, com baixa estima, sujeitos à depressão e ao suicídio, ou partindo para outro extremo de combater com armas, atirando sem alvo específico, e “matar a escola” (p. 120).

Além desses quadros inequivocadamente caracterizados como sofrimentos emocionais, há outros ainda inespecíficos, porém persistentes, carecendo de estudos sócio-epidemiológico para se conhecer e se construir ações de enfrentamento. Um deles é denominado de Síndrome de Burnout (em inglês, combustão completa), que se apresenta com sintomas de exaustão, podendo variar da modificação no comportamento, avaliação negativa de si, da irritabilidade à apatia e tristeza. Tem acometido mais a determinados profissionais que vivem em situação de estresse profissional e institucional, tais como: taxistas, controladores de tráfego aéreo, professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, carcereiros, assistentes sociais, atendentes públicos, artistas e bombeiros (Trigo; Teng; Hallak, 2007)

Um outro fenômeno doloroso que vem sendo observado com frequência na população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por não apresentar alterações mentais ou orgânicas de grande comprometimento, sugerindo a possibilidade de um certo nível de transtorno funcional no psiquismo e no corpo. Normalmente os portadores desses distúrbios são submetidos a vários exames complementares, cujos resultados não apresentam alterações em 60% dos casos, onerando o setor de saúde, que vem se mostrando pouco ou nada resolutivo para esses casos (Monteiro, 2004).

Dentre esses males da alma, há que se destacar um sofrimento que manifesta como uma síndrome, *borderline* entre o orgânico e o psíquico, popularmente denominada *doença dos nervos*, explicada como a manifestação de conflitos psicossociais (Costa, 1987; Duarte, 1986). Apesar do poder normatizador, nomeador e da grande competência diagnóstica da medicina oficial, que categoriza as queixas em sinais e sintomas, a polissemia da linguagem popular nas consultas, seja na fala, nas manifestações variadas, nos rituais, nas buscas de tratamento ou na compreensão de seu processo, é desafiadora e causa perplexidade ao saber médico dominante a constatação da riqueza de queixas (Monteiro, 2004).

Sem diagnóstico que explique aquele sofrimento na racionalidade médica ortodoxa, inclusive na neurologia, escolha primeira e espontânea de quem apresenta esses sintomas (Duarte, 1986), *o nervoso* migra voluntariamente ou é encaminhado de especialista para especialista, na busca de um diagnóstico para o seu sofrimento. Denominado de *poliqueixoso, de histérico* - ou de deprimido, nos dias atuais - após submeter-se a uma série de exames não conclusivos, terá seus sintomas medicados com um

ansiolítico (os mais ansiosos), estabilizador do humor (os de humor instável), antidepressivos (os mais deprimidos) ou um coquetel com todos eles.

Na ausência de um suporte psíquico-emocional ou uma forma de tratamento que seja integral (Ayres, 2005), o paciente se transforma em mais um usuário crônico dos ambulatórios psiquiátricos, na dependência farmacológica ou passiva de substâncias psicoativas, comprometendo sua qualidade de vida e onerando o serviço público com intermináveis exames não conclusivos e a medicalização não resolutiva (Monteiro, 2004). Portadores do que é denominado de “*neurose social*”, “*os nervosos*” têm o seu discurso abafado pela racionalidade médica que o biologiza e responde com fármacos ao desamparo humano, ao medo da morte, ao medo da violência e da insegurança, aos conflitos de relações, às fraquezas do corpo e à impossibilidade de trabalhar (Brant; Minayo-Gomez, 2008).

Toda essa gama e variedade de tipos de sofrimentos psíquicos, bem como os que deles sofrem, geralmente são acompanhados, nos serviços públicos ou privados, totalmente medicalizados. São atendidos por clínicos, gastroenterologistas, ginecologistas, geriatras, pediatras, hebiatras, cardiologistas, neurologistas e psicólogos. No entanto, com os psiquiatras e os neurologistas, prioritariamente, estão conduzido nos ambulatórios do Sistema Único de Saúde, a maioria dos casos em tratamento do que tem sido classificado como sofrimento psico-emocional a esclarecer. São intervenções predominantemente biologicistas, farmacológicas, demandando que outros campos e outros olhares contribuam para outras interpretações e intervenções (Foucault, 2005).

EMOÇÕES E MORTE

De todas as emoções dolorosas, a que tem levado maior quantidade de pessoas para o fundo do poço é a tristeza profunda, mais conhecida como depressão. Em todo mundo, os transtornos depressivos diagnosticados, em suas várias intensidades e manifestações, são a quarta causa de morbidade e incapacitação, atingem 121 milhões de pessoas, sem contar os que nunca foram ou vão ser diagnosticados. Segundo a OMS (2001), até 2020, a depressão será a segunda causa de adoecimento no mundo, perdendo apenas para as doenças cardíaco-vasculares. Ganhando contornos de epidemia, só na América Latina e Caribe há 24 milhões de pessoas deprimidas, cujos sintomas, geralmente iniciam dentre 15-24 anos, numa frequência de 2 mulheres para cada homem e apenas um em cada quatro pessoas emocionalmente abalada, procura ajuda.

A síndrome depressiva, segundo a descrição fenomenológica da psiquiatria, se caracteriza por sintomas tais como: humor depressivo, choro freqüente, irritabilidade, culpa, anedonia, fadiga, pensamento lentificado, agitação psicomotora, descuido com a higiene, insônia, hipersonia, anorexia, bulimia, perda do apetite e de peso, aumento de apetite e de peso, pessimismo, ideação suicida.

Freud (1987b) descreveu esse sofrimento como um:

“... desânimo profundamente penoso, a cessação do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de auto-punição” (p. 97).

Para muitos autores, ainda que os neurotransmissores estejam alterados no interior do corpo e sejam estabilizados por fármacos, as causas do aumento dos relatos de depressão têm explicação nas relações sociais. Desde os ecos do “é proibido proibir” de Maio de 1968, não mais se repetiu com extensão e impacto, quase mundial, a organização e articulação do engajamento por mudanças coletivas e pelas utopias, o domínio de Eros, como defendeu Marcuse (1966).

A contemporaneidade está passiva e submissa ao apelo irrecusável do consumismo imediato e compulsivo, da ditadura de uma sociedade dos espetáculos, desenraizados ou violentos e da diversão

sem limite. Nessa exaustão da superficialidade, a depressão aparece como um contraponto. Segundo Rita Maria Kehl (2009), um “mal-estar na civilização”, “um sintoma social”, uma prova material de desajustamento, de um incomodo que questiona toda sociedade moderna, que desafina com todos os outros que estão adaptados ou felizes. Sob a ótica da citada autora:

“Não há, entre os discursos hegemônicos da vida contemporânea, nenhuma referência valorativa dos estados de tristeza e da dor de viver, assim como do possível saber a que eles podem conduzir. O mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que só faz agravar o sofrimento dos depressivos com sentimentos de dívida ou de culpa em relação aos ideais em circulação” (p. 16).

Kel (2009) defende que a tristeza profunda da depressão, na sua incidência em crescimento, é uma das expressões do sintoma social dos dias atuais e mesmo ensimesmado, enclausurado, recolhido e silencioso em seu sofrimento, o depressivo incomoda e faz muito barulho ao destoar a horda dos que não têm uma visão sensível e ou crítica da realidade. Na mesma obra, ela compara os depressivos coetâneos às histéricas do Século XIX. Essa comparação delinea o que pode vir a ser a chave da decifração da sociedade atual, uma vez que, por retratarem uma forma de mal-estar de uma época e os seus sintomas contribuíram para que Freud pudesse fazer uma leitura sócio-antropológica do mundo ocidental com as ferramentas de uma manifestação psico-emocional, categorizada depreciativamente como doença de mulher.

Sob o prisma de um mal-estar no mundo atual, a depressão põe em cheque os valores e as conquistas que fazem a modernidade se orgulhar do avanço sem limites da tecnologia, da velocidade das comunicações, do culto à estética, do consumo desenfreado, do prazer a toda hora e a qualquer preço, da vida artificialmente prolongada e do exibicionismo exagerado (Monteiro, 2011). Daí que, por não se harmonizar com o que é hiper valorizado socialmente, a depressão aponta lacunas na ordem social hegemônica, traz um desconforto para a certeza explícita e implícita de que a sociedade vive um momento de progresso, desenvolvimento, globalização, melhoria da qualidade de vida. “Os depressivos, cujo número parece aumentar na proporção direta dos imperativos de felicidade, são incômodos na medida em que questionam esse projeto.” (Kehl, 2009, p.104).

A depressão aponta que o rei está nu, nem todos sustentam a ideologia da fartura e do esplendor de suas vestes; ela desestabiliza o todo social e o depressivo se torna um fora de seu tempo, uma sub-tonsão da harmonia vigente, um desprestigiado social. Ele traz uma informação que deve ser deletada, porque nem ele e nem o seu sintoma podem ser incluídos na roda viva do vencer, dos prazeres imediatos e do consumismo compulsivo. Eles “desafinam o coro dos contentes”, “afundam a nau dos bem adaptados ao século da velocidade”, do entretenimento fútil e do consumo desenfreado” (Kehl, 2009, p.22).

Segundo a análise da citada autora, o desconforto do depressivo constrange a sociedade porque:

“(...) Uma civilização que valoriza a competitividade e a conquista, mesmo se em última análise esta se limite à conquista do mercado, uma tal civilização não pode amar seus deprimidos, mesmo que ela os produza cada vez mais, a título de doença do discurso capitalista.”(p. 22)

Na leitura psicanalítica, a depressão está mais próxima do conflito de adaptação ao mundo (neurose) do que da perda da razão (psicoses), pois o indivíduo está mesmo registro do imaginário, que pode estar empobrecido, fragilizado ou o sujeito não se identifica com ele, dados seu abatimento, sentimento de um profundo vazio e uma lentidão física e psíquica. Dito de outra forma, trata-se de uma demissão subjetiva. Segundo Lacan (1983), o depressivo desistiu de ser e sofre por carregar esta culpa, a de não enfrentar a batalha para se tornar sujeito, de fazer rupturas. Ele não se identifica com o que está posto, mas não tem o desejo ou não o materializa no sentido materializa-lo. Sofre por ter recuado e ter se

colocado numa posição de quem nada pode. Vive sob a ameaça de um potente fantasma de auto-destruição, de aniquilamento.

Daí porque o suicídio, em boa parte das vezes, vem ser uma saída suportável. Pode-se falar que a interface da sociologia com a psiquiatria tem se constituído desde o final do Século XIX, quando Durkheim, em 1897, publicou o resultado de um estudo sistematizado sobre os suicídios ocorridos em várias regiões da Europa. O período estudado foi o de 1841 a 1880. Já, naquele contexto histórico, ele defendeu a tese que o suicídio, muito embora seja um ato do indivíduo sobre si mesmo, não é um fato psicológico pessoal, mas um fato social, classificando os suicídios em egoístas, altruístas/filantrópicos e anômicos (Durkheim, 1978).

Apesar de todas as guerras e da violência urbana, o que mais mata no mundo hoje é o suicídio. Nos casos de tentativa ou consumação de suicídio 40%-60% das pessoas apresentavam sintomas depressivos, sendo que os homens morrem quatro vezes mais por suicídio do que as mulheres, muito embora haja maior número de tentativa entre aquelas. A explicação mais aceita entre os psiquiatras é que os homens dão poucos indícios de seu intento e usam meios mais letais que as mulheres.

Segundo a OMS, em 2010, de um modo geral, sem analisar por regiões, aconteceram 815.000 suicídios contra 520.000 mortes por crime e 310.000 mortes por motivo de guerras. Essa supremacia dos suicídios em relação aos crimes e guerras pode estar apontando para o mal-estar na civilização denunciado por Freud () após a I Guerra Mundial, quando teoriza a pulsão de morte. Em que pese a sub-notificação dos casos de suicídio nos países em desenvolvimento, a maior concentração de suicídios no hemisfério Norte do mundo Ocidental, pode estar apontando um mal-estar ético e moral da modernidade, um esvaziamento do sentido e da alegria da existência entre os povos mais desenvolvidos dos tempos atuais.

É importante pontuar que a depressão e o suicídio não se restringem apenas aos adultos e aos idosos, pois esta epidemia tem alcançado crianças e adolescentes. Em que pese toda dificuldade de se abordar pessoas de pouca idade sobre este tema, alguns pesquisadores que investigam a depressão em idade precoce têm refletido sobre a necessidade de se qualificar os profissionais que atuam na saúde e na educação para dar o suporte necessário a essa população tão jovem e já tão negativamente marcada e em conflito com suas relações sociais.

O suicídio é sempre um fato e um constrangimento social, mas nesses casos é tratado como um tabu, tanto pelos familiares quanto pelos profissionais de saúde, tanto pela falta de conhecimento quanto pelas implicações legais e sociais de sua afirmação. Estudos da década de noventa, do século passado na Europa, relatam tentativas de suicídio entre crianças com idade abaixo de 5 e 6 anos. Os métodos mais utilizados foram correr em direção a veículos, pular de alturas, enforcar-se e brincar temerariamente com fogo e explosivos. As cartilhas de orientação (Brasil, 2006; Portugal, 2013) denunciam o ceticismo profissional quanto ao tema e enumera e tentam desconstruir o senso comum sobre o tema. São pelo menos 5 mitos que devem ser desconstruídos em relação ao fenômeno que, também, está em ascensão:

- crianças menores de 6 anos não cometem suicídio
- suicídio em crianças com mais de 6 anos é raro
- crianças não cometem suicídio porque não entendem que a morte é permanente
- as crianças não sentem desejo de morrer
- as crianças não têm meios de planejar a própria morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde épocas mais remotas busca-se a explicação para as mais diversas reações humanas diante da vida para qual se estreia sem que tenha havido um momento prévio de escolhas ou negociações. Devido às hipóteses organicistas para a melancolia e para depressão, também havia lugar para

associação da melancolia com a criatividade e da depressão com a genialidade como no caso dos exemplos de Baudelaire, Fernando Pessoa, Santos Dumont, Franz Kafka, Virginia Woolf e Clarice Lispector.

Está claro que não se pode perder de vista os interesses econômicos do império farmacêutico que transformam toda tristeza e todo luto em depressão, fomentando a medicalização sumária de uma das emoções mais básicas do ser humano; divulgando uma visão de epidemia tratável, na mais avançada e científica base dos neurotransmissores, com psicofármacos de última geração e estratosféricos preços de mercado. Desde a década de setenta do Século XX, Foucault (1980, 2003) e outros críticos lançaram o foco sobre o grande lucro que as indústrias farmacêuticas auferem no processo de medicalização e controle da sociedade (Canguilhem, 1978; Luz, 1988; Camargo Jr., 1997).

Há fármacos, substitutos modernos, mais civilizados e mais rentáveis, da Nau dos Insensatos, das masmorras, das correntes e dos cárceres, para qualquer comportamentos que incomode a ordem social ou desarmonize com o projeto hegemônico do sistema dominante. Se há blísteres de metilfenidato (Ritalina) para cada criança diagnosticada com hiperatividade e déficit de atenção, para todos os depressivos há a fluoxetina (Prozac) em profusão. A comercialização desse psicofármaco no Brasil, que já foi denominado de “a pílula da felicidade” atingiu a considerável taxa de 22% de crescimento em 2010, significando um movimento de 320 milhões de dólares em um único ano. Nos EEUU, 10% da população fazem uso diário de benzodiazepínicos, que além de ansiolíticos e hipnóticos (“anti insônia”), tendo prescrição e venda controladas, causam dependência (Rang, 2004).

Os pesquisadores e pensadores mais críticos do campo da saúde mental têm se colocado como questionadores, procurando observar e discutir a certeza científica positivista, robustamente financiada e ovacionada pelo sistema capitalista, que dita as regras do que é normal, patológico e terapêutico no sofrer e nas relações humanas e o que é científico no mundo acadêmico (Birman, 1999). Esse modelo de interpretação do mundo, ainda dominante na formação de todos os profissionais das universidades ocidentais, que desdenha e marginaliza outros campos de saber cuja visão de mundo e ferramentas metodológicas de pesquisa e de intervenção não se enquadram nos axiomas positivistas (universalidade, mecanicismo e repetição do fenômeno), está enraizado na física newtoniana. Mesmo sendo a mais aplicada, devido ao seu limitado poder de explicação para fenômenos mais complexos ou recortados na sua hipercomplexidade, já vem restrita a alguns fenômenos estudados pela física desde Einstein, ou seja, desde a metade do século passado. Entretanto, continua extremamente atualizada e competente na manutenção e na reprodução da ideologia dominante.

Resgatando o axioma fundamental do positivismo - para o confronto dialético de tanta certeza e de tanta arrogância de alguns cientistas e simpatizantes da ciência biofísica ortodoxa – o qual afirma que

“Tudo é relativo, e isso é a única coisa absoluta”, há que se fazer algumas considerações. Em que pesem o imenso valor terapêutico dos fármacos, criteriosamente bem indicados e o quanto eles auxiliam na recuperação da qualidade de vidas das pessoas em estado de tristeza profunda, há o desafio de se colocar na corrente resistente ao cientificismo economicamente empoderado da neuropsiquiatria e da biofarmacologia (Luz, 1988).

Na forma indiscriminada reificada como vêm sendo usados, além de se cauterizarem as emoções, esvaziam-se as possibilidades de se conhecer o indivíduo em seu tempo e na sua sociedade através de suas emoções. Não é tamponando com drogas lícitas e ilícitas, em alguns casos, o sofrimento e as reações humanas à resposta da inquietação do existir não escolhido e, principalmente, nessa sociedade tão desigual e tão desumana. Tais caminhos só respondem à ganância dos detentores do capital que circula no oligopólio das indústrias químicas e que circula entre os cartéis do tráfico de drogas e cartéis de armas de fogo comuns e sofisticadas.

Kehl (2009, p. 53) defende que a utilização do psicofármaco para a solução rápida e química dos conflitos de uma vida transforma os seres humanos em:

“vidas vazias de sentido, de criatividade e de valor. Vidas em que a exclusão medicamentosa das expressões da dor de viver acaba por inibir, ou tornar supérflua, a riqueza do trabalho psíquico – o único capaz de tornar suportável e conferir algum sentido à dor inevitável diante da finitude, do desamparo, da solidão humana.”

O que se tem percebido no discurso de uma pessoa depressiva é que ela vive num tempo fora do tempo, não vive a aceleração da vida contemporânea. É um ser que se sente apático, abatido, entediado, como se vivesse num tempo estagnado e onde,

“nada acontece”, (...) ele encontra-se num presente desvinculado do passado (tanto o pessoal quanto o coletivo) e do futuro (dada a atrofia de sua vontade e de seu desejo). A duração, para o depressivo, frequentemente adquire a forma insuportável de um tempo estagnado, sem apoio em nenhuma lembrança significativa do passado, sem nenhuma fantasia que torne o futuro desejável.” (Kehl, 2009, p. 140).

Segundo Bauman (1998) neste momento da existência humana, a pós-modernidade ou modernidade líquida, há duas formas de andar: há os que viajam por esta vida como turistas e outros como peregrinos. O primeiro é um consumista das imagens, mensagens e paisagens, um foco, um intervalo na vida cotidiana. Já o peregrino busca uma identidade, um sentido para existir. No seu entendimento, para os peregrinos em qualquer época, a verdade está adiante, no horizonte, pois o final da viagem é sempre mais adiante, onde o sonho e o compromisso podem se encontrar.

Não é necessário ser muito observador para se constatar que a quantidade de turistas supera a dos peregrinos. São pessoas com mapas, guias e GPS, bem informadas, mas pobre ou completamente desarticuladas, numa busca incessante de prazer, superficialidade e por muito pouco ou sem perda de tempo, tudo é descartável. Essa compulsão de uma vida sem sentido, do prazer fugaz, sem profundidade, intenso, mas substituível, sem compromisso, é cansativa, leva ao tédio, ao esvaziamento das emoções, que pode favorecer à depressão a qual, por sua vez, pode conduzir ao suicídio.

Finalizando, há que se considerar que as emoções registradas e marcantes nos corpos e nas reações são estruturantes e mantenedoras dos indivíduos e das relações humanas. Entretanto, se o existir social for desagregador, superficial, imediatista e esvaziado de sentido, há emoções que são causadoras e resultantes da desistência subjetiva e material do existir, seja por medos, perdas, exclusões, solidão ou inexistência de identificação.

São emoções que podem ser causa ou consequência de adoecimento, de sofrimento, de conflitos com a auto-imagem, de conflitos com a própria identidade, de isolamento social, do uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, de auto mutilação, do exagero da cultura do próprio corpo.

Em alguns casos, talvez essas emoções sejam a experiência tão intensa e tão oceanicamente dolorosas que leve a escolha mais dramática ao se viver numa realidade tão insuportável e tão inexorável de tristeza, solidão, desamparo, desesperança e auto-desvalorização. Nesses casos, essas emoções carregam a morte.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. (2001) Epidemiologia social das desordens mentais: Revisão da literatura Latino-americana. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (orgs.). *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 103-131.
- AMARANTE, P. (2008) *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- AYRES, J. R. C. (2005) Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(3):549-560.
- BAUMAN, Zygmunt. (1998) *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BIRMAN, J. (1999) *Mal estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. (2008) Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12. n° 26, 667-676, jul./set.
- BRASIL. Ministério da Saúde.(2006) *Manual de Prevenção do suicídio*. Ministério da Saúde: Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2007) *Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil/Ministério da Saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- CAMARGO JR., K. R. de. (1997) A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* Ano. 7, n. 1, p. 45-68.
- CANGUILHEM, G. (1987) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- COSTA, J. F. (1987) A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS*, Rio de Janeiro: IMS/UFRJ, ano1, n. 1, 4-45,mar/abr.
- DUARTE, L. F. D. (1986) Identidade e perturbação. In: *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- DURKHEIM, E. (1978) O suicídio. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 163-202.
- FANON, F. (1979) Guerra colonial y transtornos mentales. In: _____ *Os Condenados da Terra*. 2º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 153-196.
- FOUCAULT M. (1980) O direito sobre a morte e o poder sobre a vida. In: *História da sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 127-149.
- FOUCAULT M. (2003) Poder corpo. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 145-152.
- FOUCAULT M. (2005) *História da loucura: na Idade Clássica*. (1982) Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8ª. ed. São Paulo: Perspectiva.

- S. FREUD, S (1987a) “Além do princípio de prazer” In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XVIII, Imago, Rio de Janeiro.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1987b) In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, Vol XXI, Imago Editora, Rio de Janeiro.
- KHEL, R. M. (2009) *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- KIRMAYER L J.; TRANG DAO, T; SMITH, A. (1988) Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In Lock M, Gordon D (Ed.). *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Kluwer, 2-39.
- KIRMAYER L J.; TRANG DAO, T; SMITH, A. (1995) Somatization and Psychologization. Understanding Cultural Idioms of Distress in Okpaku, S(Eds) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. American Psychiatry Press, 57- 93.
- KLEINMAN, A. (1986) The meaning of symptoms and disorders. In: *The illness narratives. Suffering, healing, and human condition*. Basic Books, 3-30.
- LACAN, J. (1983) *O seminário. Livro I. Os escritos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- LUZ, M. T.(1988) *Natural, Racional e Social*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- MARCUSE, H. (1966) *Eros e Civilização*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- MARI, J. de J.; JORGE, M. R.; KONH, R. (2007) Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. de A. F. de; KOHN (Orgs.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 120-141.
- MERCER, H. (1985) As contribuições da Sociologia à pesquisa em Saúde In: NUNES, E. (Org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*, OPAS, 221- 235.
- MINAYO, M. S. C. (2005) *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde*. 4ªed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- MONTEIRO, D. de A. (2004) O sujeito do consumo e os laços afetivos. *Cogito – Publicação do Círculo Psicanalítico da Bahia – O admirável mundo novo*. V. 06, 61-65.
- MONTEIRO, D. de A. (2011) [Passa]tempo - metáfora da existência. *Cogito -Publicação do Círculo Psicanalítico da Bahia – Salvador*, V 13, 14-20.
- OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000) *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária. Transtornos Mentais e Comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. Genebra.
- OMS/OPAS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS) (2001). *Relatório sobre saúde no mundo – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*.

- PORTUGAL (2013) *Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio*. 2013-2017.
- RANG, E. (2004) *Farmacologia*. Tradução da 5. ed. Americana. Rio de Janeiro: Elsevier.
- ROUQUAYRIOL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. (2003) *Epidemiologia & Saúde*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- SPINK, M. J. P. A (1992) construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. v. 1, p. 125-139.
- TRIGO T. R.; TENG C. T.; HALLAK J. E. C. (2007) Síndrome de *Burnout* ou stafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clín*, 223-233.
- YOUNG, A. (1982) The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*. 11: 257-285..